TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur O. MACÉ

AGRÉGATION DE CHIRURGIE (*Section d'Accouchements*)

CONCOURS DE 1901

M. le Dr. [illegible]
souvenir affectueux
O. Macé

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur O. MACÉ

AGRÉGATION DE CHIRURGIE (*Section d'Accouchements*)

CONCOURS DE 1901

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux de Paris (1893).

Moniteur des manœuvres obstétricales à la Faculté (1895).

Docteur en médecine (1897).

Chef de laboratoire du service de Chirurgie de la Maison municipale de santé et de l'hôpital Bichat (service de M. le Dr Picqué), depuis 1897.

Chef adjoint de laboratoire à la Faculté (1899).

Chef de clinique adjoint (Clinique Tarnier, 1899).

Chef de clinique titulaire (Clinique Tarnier, 1900).

ENSEIGNEMENT

Conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie à la Maison municipale de santé et à l'hôpital Bichat (Laboratoire du service de Chirurgie).

Cours complémentaire d'accouchements aux stagiaires de la Clinique Tarnier (1899).

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS D'OBSTÉTRIQUE

Galactophorite chez la mère et le nouveau-né (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1894, p. 98).

Septicémie puerpérale et bains froids (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1894, p. 267).

Traitement de la septicémie puerpérale par la réfrigération (*Arch. de Tocologie et de Gyn.*, 1894, p. 882).

Traitement de la septicémie puerpérale par la réfrigération et en particulier par les bains froids (*Gaz. des hôp.*, 1894, n° 145).

Tumeur cérébrale de l'étage moyen droit chez une femme enceinte de sept mois et demi ayant simulé une méningite tuberculeuse. Opération césarienne. Mort de la mère. Survie de l'enfant (*Soc. Anat. de Paris*, 1894, p. 854).

Oblitération du col. Dissociation des éléments du cordon. Endopériphlébite d'origine probablement syphilitique, en collab. avec Durante (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1895).

Deux cas d'accidents gravido-cardiaques pendant le travail (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896).

Grossesse tubaire rompue. Inondation péritonéale. Laparotomie. Injection intra-veineuse de sérum artificiel. Guérison (in Th. Choyau, Paris, 1896).

La rate du nouveau-né au point de vue clinique (Th. inaug., Paris, 1897).

Le poids et les lésions anatomiques de la rate peuvent-ils, chez les fœtus macérés, servir au diagnostic de syphilis?

Le rein kystique congénital au point de vue anatomo-pathologique, en collab. avec M. Brindeau (*L'Obstétrique*, 1899).

A propos de trois cas de reins kystiques congénitaux (*Soc. d'obst. de Paris*, 1899, p. 30).

Un cas d'emphysème sous-cutané partiel survenant pendant la période d'expulsion (*Soc. obst. et gyn. Paris*, 1896).

Considérations sur le traitement de la septicémie puerpérale (*Soc. obstétricale de France*, 1899).

Oblitération complète du duodénum à l'union de la première et de la deuxième portion, au-dessus de l'ampoule de Vater (*Soc. d'obst. de Paris*, 1899).

La pleurésie purulente chez le nouveau-né et le nourrisson (*L'Obstétrique*, 1900).

Streptococcie buccale chez un nouveau-né. Nécrose du bord alvéolaire du maxillaire inférieur, en collaboration avec M. Brindeau (*Soc. d'obst. de Paris*, 1900).

Oblitération de l'œsophage chez un nouveau-né. Communication du bout inférieur et de la trachée (*Soc. d'obst. de Paris*, 1900).

Monstre sirénomèle. Présentation de pièces anatomiques et radiographiques, en collaboration avec MM. Schwaab et Bouchacourt (*Soc. d'obst. de Paris*, 1900).

Petite méningocèle inhabitée (*Soc. d'obst. de Paris*, 1900).

Présentation d'un placenta sextilobé extrait par délivrance artificielle (*Société d'obst. de Paris*, 1900).

Quelques considérations à propos de deux cas d'accouchements indolores. Fracture d'un pariétal chez l'un des enfants (*Soc. d'obst. de Paris*, 1900).

Du rôle des anaérobies dans l'infection puerpérale, en collaboration avec M. Brindeau (*Congrès international de médecine*, 3 août 1900).

Exulcérations d'origine congénitale chez deux nouveau-nés, à type sphacélique chez l'un d'eux (*Soc. d'obst. de Paris*, 1901).

Oligoamnios. Déformation de la tête fœtale. Paroi abdominale plissée en tous sens. Fistule urinaire ombilicale (in *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, séance du 21 février 1901).

Placenta prævia. — Dilatation méthodiquement rapide. Version. Forceps sur la tête dernière, en collab. avec

M. Demelin (in *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, mars 1901).

Trois cas de stercocémie pendant la grossesse, un à terme, deux au troisième mois de la grossesse (in *Bull. de la Soc. obstétricale de France*, séance du 14 avril 1901).

AUTRES PUBLICATIONS

Grandes cavernes du sommet des poumons (*Soc. Anat. Paris*, 1894, p. 297).

Cancer de la portion pylorique de l'estomac. Généralisation au foie, aux poumons, au mésentère. Fistule ombilicale faisant communiquer le foyer cancéreux primitif et l'extérieur (*Soc. Anat. Paris*, 1894, p. 309).

Persistance de la communication interauriculaire et rétrécissement aortique ayant donné pendant la vie les signes et les troubles du rétrécissement pulmonaire, en collaboration avec M. Griffon (*Soc. Anat. Paris*, 1894, p. 613).

Tumeur cérébrale développée au voisinage de la face externe de l'hémisphère gauche ayant provoqué des accidents hémiplégiques avec attaques convulsives (*Soc. Anat. de Paris*, 1894, p. 857).

Hémorrhagie sous-arachnoïdienne chez un sujet ayant présenté pendant la vie les troubles de la paralysie générale (*Soc. Anat.*, 1895, p. 503).

Volumineux abcès du foie à pus stérile, pris pour une pleurésie purulente (*Soc. Anat.*, 1895, p. 526).

Rupture du grand droit de l'abdomen du côté gauche chez une typhique au dix-neuvième jour de la maladie. Collection d'apparence séro-sanguinolente blanche donnant à la culture le bacille d'Eberth associé au staphylocoque blanc (in Th. inaug. de Someil : Les abcès musculaires dans la fièvre typhoïde, Paris, 1894).

Alcoolisme chronique et injections de strychnine. Pneumonie congestive d'origine grippale chez une alcoolique. Delirium tremens (Quatre observations in Th. Bauzan, Paris, 1894).

Sur un cas d'abcès du foie. Considérations cliniques et thérapeutiques, en collaboration avec M. Picqué (in *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, nov. 1897).

Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'appendicite (nécrose des follicules clos), en collaboration avec M. Picqué (*Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1898).

Anatomie pathologique de l'othématome (in *Contr. à l'étude de l'othématome. Pathogénie, Anatomie pathologique* et *Tr. Th. inaug.* de Clérambault, Paris, 1899).

ANALYSE DES PRINCIPALES PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

Quelques considérations à propos de deux cas d'accouchement indolore et fractures d'un pariétal chez l'un des enfants.

(*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1900, p. 286.)

Les accouchements indolores sont excessivement intéressants à étudier, et les femmes qui en ont le privilège ont été souvent dénommées des « semeuses d'enfants ». Ils peuvent s'accompagner d'accidents ; nous aurons à voir si la fracture du pariétal que nous avons constatée dans un de nos cas peut rentrer dans ces accidents.

Ces accouchements ne sont pas rares (Coliez, Bonnemaison). Leurs causes sont multiples : la multiparité a été incriminée dans un certain nombre de cas, mais on les voit aussi chez les primipares et dans 25 % des cas suivant Winckel et Koch. Les dimensions anormales du bassin seraient un facteur important pour Pajot. Levret, Dorhn, Depaul, Nœgelé et Grevyer ont incriminé le développement excessif de la musculature de l'utérus ; Wigand, son irritabilité exagérée ; Mattei, la contraction permanente de l'utérus à l'insu de la malade. Ces accouchements indolores exposent à quelques surprises et vous vous rappelez les observations anciennes de Pains, Weil, Le Blond, Heister, Douglas, Montgomerry, Semelson, Tarnier qui rapportent des accouchements se produisant chez des femmes normales pendant le sommeil naturel.

Les fractures que l'on rencontre chez les enfants sont dans un très grand nombre de cas d'origine traumatique et se rap-

portent au cas où les enfants sont frappés criminellement. Elles relèvent alors de la médecine légale; ce n'est pas le cas ici. Elles peuvent être accidentelles, par suite de la rupture du cordon et de la chute de l'enfant sur le sol dans l'accouchement debout. Elles peuvent être enfin dues à l'impéritie des opérateurs dans les interventions, et enfin elles sont quelquefois spontanées, malgré l'opinion de Haller qui voulait que toute fracture survenue chez un nouveau-né fût le signe d'une violence. Les fractures spontanées sont en général des enfoncements avec éclatement (Danyau, Lelièvre) plutôt que des lésions nettement délimitées. Dans ce cas, quoique spontanée, cette fracture était linéaire, très nette et franchement limitée; elle n'a pas compromis l'existence de l'enfant qui s'est bien développé et paraît avoir été produite non par un choc, mais par le fait d'une compression.

Deux cas d'accidents gravides cardiaques pendant le travail.

(*Bull. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1896, p. 32.)

Il s'agit dans le premier cas d'une femme âgée de 28 ans atteinte d'un rétrécissement mitral qui présentait de très légers symptômes d'asystolie et qui, au moment de la rupture de la poche des eaux, rupture spontanée, inopinée et brusque, à la dilatation presque complète, eut une syncope. Il fut impossible de la rappeler à la vie et une application de forceps aussi hâtive que possible amena un enfant mort.

Le second cas se rapporte à l'observation d'une femme atteinte d'insuffisance mitrale avec asystolie, primipare, qui meurt de syncope; application de forceps qui met au monde un enfant vivant.

C'est l'asystolie qui provoque le travail. A mon sens, la grossesse a une influence plus fâcheuse sur la marche de la maladie de cœur que le travail lui-même.

Un cas d'emphysème sous-cutané partiel survenant pendant la période d'expulsion.

(*Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896, p. 4.)

Il s'agit d'une primipare qui, pendant la période d'expulsion, a présenté un emphysème sous-cutané du cou, de la joue gauche et de la partie antérieure du thorax gauche. A l'occasion de la publication de cette observation nous disions:

L'emphysème sous-cutané est une complication rare du travail et se manifeste toujours pendant la période d'expulsion. Signalée pour la première fois, en 1783, par Simmons et Baud, puis par Blagden, par Franck (1822), par Dutton, Campbell, Menière et Pointis (1830). Signalons surtout le travail de Depaul (1842), les thèses de Haultecœur (1874) et de Rode (1893). On en connaît trente-deux cas publiés.

Pathogénie : 1° Production d'emphysème sous-cutané à la suite de rupture de vésicules pulmonaires saines sous l'influence d'un effort. C'est notre cas, c'est le cas relaté dans une observation de Depaul avec autopsie. L'air avait suivi le tissu conjonctif périlobulaire ou sous-pleural. La femme était morte avant que l'air devînt médiastinal. C'est en un mot le premier degré de la formation de l'emphysème sous-cutané.

Dans un second cas, adhérences des plèvres viscérale et pleurale, rupture de vésicules pulmonaires au niveau de ces adhérences qui cèdent et envoient de l'air dans le tissu conjonctif qui double les côtes et les muscles intercostaux pour arriver au médiastin antérieur et postérieur et se propager au cou.

Dans un troisième groupe il faut ranger les cas où l'air passe dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou, après distension et rupture de la muqueuse, de la trachée et des bronches. C'est à ce groupe que se rapportent les cas publiés par Franck sous le nom de thyréophyme emphysémateux, de bronchocèle venteuse, de hernie emphysémateuse du cou, de strumes pleines d'air, de tumeurs aériennes situées sur le trajet du larynx, de la trachée-artère ou dans les régions

voisines et produites par la déchirure de la muqueuse du larynx. Franck réservait le nom de thyréophyme aérophore à la tumeur qui survient quand la muqueuse trachéale s'échappe dans l'intervalle de deux arceaux cartilagineux et forme une hernie à laquelle convient le nom simple de bronchocèle ou mieux encore de trachéo-acrocèle.

Follin et Duplay admettent dans cette question deux groupes de tumeur : les tumeurs limitées sonores augmentant par les efforts de toux et se réduisant facilement : ce sont les trachéocèles ; les autres rendant aussi un son tympanique par la percussion, mais ayant des contours moins nets et se réduisant très incomplètement : ce sont les goitres aériens ou emphysémateux.

Dans notre observation il s'est agi de rupture de vésicules pulmonaires saines et de cheminement de l'air soit au-dessous de la plèvre, soit le long des divisions bronchiques dans le tissu cellulaire qui les accompagne, car il ne nous a pas été donné de constater de tumeur sur les parties latérales de la trachée ou du larynx.

Depuis son accouchement jusqu'au troisième jour des suites de couches, la malade s'est plainte de gêne et d'une constriction thoracique. Le quatrième jour, l'air a commencé à se résorber. Il n'en restait plus dans le tissu sous-cutané le dixième jour.

Nous terminons en conseillant l'accouchement aussi rapide que possible, après l'apparition de l'emphysème, pour éviter qu'à chaque effort une nouvelle quantité d'air ne soit injectée dans le tissu cellulaire et pour éviter ainsi l'emphysème sous-cutané généralisé dont le pronostic est autrement sérieux.

Tumeur cérébrale de l'étage moyen droit chez une femme enceinte de sept mois et demi, ayant simulé une méningite tuberculeuse. Opération césarienne. Mort de la mère. Survie de l'enfant.

(*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1894, p. 854.)

Il s'agit d'une femme chez laquelle, en présence d'accidents

graves, j'appliquai un ballon de Champetier de Ribes dans l'utérus pour provoquer le travail et vider l'utérus. Les accidents se précipitant, je fis la césarienne abdominale et l'extraction d'un enfant qui a vécu.

Septicémie puerpérale et bains froids.

(*Bulletin de la Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, 1894, p. 267.)

Traitement de la septicémie puerpérale par la réfrigération et en particulier par les bains froids.

(*Gaz. des Hôpitaux*, décembre 1894, n° 145.)

Traitement de la septicémie puerpérale par la réfrigération.

(*Arch. de Tocologie et de Gynécologie*, décembre 1894.)

Considérations sur le traitement de la septicémie puerpérale.

(*Bull. de la Société Obstétricale de France*, session 1899.)

Le traitement de la septicémie puerpérale a, à juste titre, préoccupé les accoucheurs et les chirurgiens. L'utérus une fois nettoyé, les accidents peuvent persister, il s'agit alors d'une infection généralisée qui a envahi l'organisme et qui ne répond plus à des lésions locales, ou de lésions utérines très accentuées qui, depuis deux ans, sont étudiées au point de vue thérapeutique et chirurgical (hystérectomie vaginale ou abdominale).

Ces travaux ont été faits avant l'application de l'hystérectomie à ces cas et répondent aux cas de septicémie généralisée persistant après le nettoyage utérin.

Le traitement médicamenteux de ces cas a donné des résultats bien douteux, à part le traitement par les boissons alcooliques données à hautes doses; aussi ne nous attarderons-nous pas à parler des antithermiques préconisés en Amérique, en Angleterre, en France même.

Nous fûmes amené à penser à la réfrigération dans

les deux premiers cas très graves pendant notre internat chez M. le Dr Maygrier qui voulut bien nous les confier. Ces malades avaient été apportées à l'hôpital dans un état grave. Après leur guérison, nous trouvions que ce traitement réfrigérant avait été déjà préconisé. W. S. Playfair, en 1877, employait le drap humide ; Stoltz ne parle des bains que pour les rejeter sans avoir d'opinion personnelle sur la question ; Gaillard Thomas, Tauszky (1883) péconisent aussi un mode spécial d'empaquetage humide ou de bain ; le professeur Vincent, de Lyon, et son élève Chabert (1884) mettent ce procédé en pratique dans une épidémie d'infection puerpérale qui sévissait à la Maternité. M. Vincent, devant l'inutilité des traitements employés, pensa au traitement par l'eau froide, y soumit des malades dans 28 cas : 27 accouchements à terme, 1 avortement.

Il n'eut que 3 morts.

Nous vîmes aussi que ce traitement avait été employé en Allemagne par Olshausen, Osterloh, S. Schrœder, Spiegelberg, Säxinger, Runge, Skinner.

Indications des bains froids dans la septicémie puerpérale.

Quand et comment doit-on prescrire les bains froids dans la septicémie puerpérale ? Les bains constituent, parmi les modes d'application de la méthode réfrigérante, le meilleur.

Ces bains doivent être donnés d'une façon hâtive, lorsque le nettoyage utérin a été fait et que les accidents continuent. Il n'y a aucun intérêt à laisser une malade sous le coup d'une fièvre et d'une septicémie. L'état général s'aggrave, la malade perd chaque jour de la résistance.

Le bain sera donné quelle que soit la température quand la malade est abattue ; à plus forte raison quand il y a des symptômes bruyants et une température élevée.

On commence les bains à 25° ; on abaisse progressivement la température suivant la réaction de la malade et on la laisse dans le bain jusqu'au frisson. Ces bains sont renouvelés

suivant l'état général et aussi suivant la marche de la température, ordinairement toutes les trois heures.

Ce mode de traitement a ses contre-indications : en premier lieu la péritonite, la phlegmatia alba dolens, la myocardite, *et ce sont les seules.*

En réunissant nos observations à celles publiées antérieurement, sur 74 cas nous relevons 7 morts ; Runge : 2 pour péritonite ; Chabert : 3 morts dont une pour pyohémie, les deux autres se rapportant l'une à une femme épuisée, en travail depuis trois jours ,avec présentation de l'épaule, l'autre à une femme atteinte d'une forme excessivement violente d'infection.

Ce chiffre de sept morts diminuera lorsque les malades seront baignées hâtivement, sans attendre les effets douteux des antithermiques ordinaires. Quand on pense à la gravité des cas baignés, on peut conclure que ce chiffre juge la méthode.

Rôle des anaérobies dans l'infection puerpérale.

(En collaboration avec Brindeau. *Congrès internatiomal de médecine*, section d'obstétrique, séance du 3 août 1900.)

Nous nous sommes efforcé dans nos recherches d'étudier les caractères propres à chacun des microbes que nous avons trouvés. Les huit observations que nous avons recueillies se rapportent à des infections s'accompagnant de fétidité lochiale. Nous avons employé le procédé Liboruis-Veillon sur gélose sucrée et sur peptone de lait gélosé de Michel.

Voici en quelques mots la bactériologie de ces différents cas :

Dans le premier cas, nous trouvons deux espèces microbiennes, le streptocoque et le colibacille. (La malade est morte.)

Dans le deuxième cas, une seule espèce microbienne a été trouvée : il s'agit d'un bacille prenant le Gram, présentant une légère capsule et les caractère du bacillus perfrin-

gens de Veillon. C'est un élément très pathogène pour l'animal. (La malade a guéri.)

Dans le troisième cas, deux espèces microbiennes ont été notées : un bacille et un coccus. Le bacille ne prend pas le Gram, n'a pas poussé sur les milieux ordinaires. Le coccus est formé par un streptocoque que l'on fait cultiver sur milieux ordinaires et sur milieux anaérobies. Il est facultatif en un mot, et est intéressant en ce sens qu'il dégage des gaz fétides. (La malade chez laquelle ces deux éléments ont été trouvés a guéri.)

Dans le quatrième cas, nous avons cultivé deux espèces microbiennes : un bacille et un coccus. Le bacille a tous les caractères du colibacille, le streptocoque est un streptocoque anaérobie strict. C'est celui que Veillon a décrit sous le nom de streptocoque tenuis. (La malade a guéri.)

Dans le cinquième cas, deux espèces microbiennes : quelques rares cocci et un bacille. Le coccus est formé par un staphylocoque blanc. Le bacille est très abondant et ne nous a pas paru décrit jusqu'ici. Il est volumineux, il ressemble au vibrion septique, est mobile; il prend le Gram, dégage des gaz qui sont peu fétides. Il est pathogène pour le cobaye et la souris : les deux espèces microbiennes ont été recueillies sur un fœtus emphysémateux.

Dans le sixième cas, deux espèces microbiennes : un bacille et un coccus. Le bacille ne nous a pas paru décrit, il est aérobie facultatif. Le coccus est un streptocoque à très grandes chaînettes, anaérobie strict, dégageant des gaz fétides. Les colonies qu'il forme sont particulièrement remarquables par leur volume et leur aspect en disque, en lentille.

Dans les septième et huitième cas, deux espèces microbiennes ont encore été notées : un streptocoque facultatif et un bacille, prenant le Gram, facultatif, qui ne nous a pas paru décrit.

En somme, nous concluons, avec M. Brindeau, qu'il paraît résulter de ces recherches que la putréfaction des lochies n'est pas due à un microbe spécifique et que de nombreux microorganismes aérobies et anaérobies peuvent la produire.

Oblitération du col. Dissociation des éléments du cordon. Endopériphlébite d'origine probablement syphilitique.

(En collaboration avec Durante, in *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris*, 13 juin 1895.)

Il s'agit d'une femme multipare présentant une oblitération du col, et dont la délivrance attira notre attention. L'enfant pesait 2.900, grammes, le placenta 910 grammes. Le cordon présente quelques particularités : il est dissocié à sa partie moyenne et sur une hauteur de 4 à 5 centimètres ; on voit les trois vaisseaux libres de connexion entre eux et dépourvus de leur enveloppe amniotique. Au voisinage de l'insertion du placenta les vaisseaux sont aussi plus écartés les uns des autres, mais ils sont à ce niveau entourés de leur enveloppe normale.

Examen histologique. — Le cordon, en un point rapproché de l'enfant, est le siège d'une infiltration sanguine du volume d'une noisette. A ce niveau la veine ombilicale est très malade. La tunique interne épaissie a proliféré et présente des signes d'une endophlébite intense. Cette endophlébite a déterminé, sur un point de la paroi où elle est plus forte, une coagulation qui, cependant, ne remplit pas tout le calibre du vaisseau. La tunique moyenne est un peu épaissie, mais moins atteinte et n'offre que peu de symptômes inflammatoires. C'est la tunique externe la plus touchée, on y voit des traînées cellulaires embryonnaires et de véritables petits amas gommeux. Les artères sont beaucoup moins malades, cependant elles sont un peu plus épaisses.

La surface gélatineuse est atteinte de la même façon, particulièrement à la superficie du cordon et autour de la veine. La localisation de ces lésions sur les vaisseaux et surtout sur la veine à sang rouge, la disposition des éléments inflammatoires en série et en petits amas nodulaires, permettent d'affirmer ici que l'on se trouve en présence d'une altération syphilitique. Il s'agit donc, croyons-nous, dans ce cas, d'une funiculite et particulièrement d'une endopériphlébite ombilicale

syphilitique relativement récente, car l'infiltration embryonnaire n'a pas encore fait place à la sclérose.

Le kyste congénital du rein au point de vue anatomo-pathologique.

(En collaboration avec M. Brindeau, in *L'Obstétrique*, janvier 1899, p. 42.)

A propos de trois cas de reins kystiques congénitaux.

(En collaboration avec M. Brindeau, in *Bulletin de la Soc. Obst. de Paris*, 1899, p. 30.)

Les théories émises pour expliquer la formation du rein kystique ont été résumées en trois groupes : 1° l'arrêt de développement; 2° le second groupe contient les cas qui proviennent de la formation du kyste aux dépens d'une portion d'un canalicule urinifère, que ce soient la paroi même du tube ou les parties voisines constitutives du rein. Les productions kystiques endogènes proviennent du contenu du tube urinifère ou d'une altération de sa paroi propre. Les productions d'origine exogène furent les premières connues et relèvent de trois causes : de la transformation d'une collection sanguine interstitielle, de la néphrite interstitielle et de l'atrésie des papilles constitutives-(Virchow), de l'hyperplasie conjonctive sur laquelle Foa a attiré l'attention de l'Académie de Turin.

Anatomie pathologique. — Les kystes d'origine glomérulaire reconnaissent deux processus originels différents. Limités par la capsule de Bowman, ils résultent soit d'une oblitération du tube excréteur au niveau du collet de la capsule, soit d'une dégénérescence mucoïde des éléments de revêtement, soit d'une hémorrhagie glomérulaire.

Les kystes développés aux dépens des tubes urinifères sont les plus fréquents. Ils sont fournis soit par oblitération interne, soit par processus excentrique.

Nous nous occuperons surtout des cas d'oblitérations internes dus à des modifications cellulaires, analogues à celles

signalées déjà par Sabourin, Cornil et Brault. Ce sont des proliférations de l'épithélium des tubes rappelant de tous points l'adénome qui permettent de considérer la dégénérescence kystique du rein comme formant un néoplasme. Ces proliférations adénomateuses sont entourées de tissu conjonctif qui forme une capsule à la masse cellulaire et l'isole des parties voisines du rein non encore touchées ou plus avancées dans l'évolution et déjà kystiques. Un degré de plus, et l'on a la forme épithéliomateuse de Philippson, Malassez, Lejars. Nous avons aussi à signaler les papilles conjonctives dans l'intérieur du kyste, recouvertes d'une couche épithéliale, dont les cellules présentent par places des ébauches de proliférations. De plus, en différents points, la paroi du kyste est revêtue de masses en forme de crosses, masses formées par des cellules épithéliales qui ont tendance à faire saillie dans le tissu interstitiel. C'est là une prolifération qui est bien voisine de l'épithélium rénal de l'adulte qui, vous le savez, peut se présenter sous des aspects différents suivant qu'il débute par l'adénome d'abord circonscrit, puis débordé, et par l'épithélioma canaliculaire avec ses grandes cellules plus hautes que larges, claires, et à noyau central (Brault). Dans un de nos trois cas, nous avons des points où l'épithélium de revêtement du kyste ou d'une papille conjonctive présente des modifications de hauteur, de coloration et de vitalité à peu près analogues à celles que M. Brault a signalées.

Ces formations kystiques rénales ne sont pas les seules que l'on peut trouver dans un cas de rein kystique congénital. Il peut en exister sur d'autres glandes. Sabourin, Bar, nous-même les avons trouvées dans le foie : il s'agit là de productions développées au niveau des canalicules biliaires qui se dilatent, peuvent présenter des papilles analogues à celles signalées par Kahlden dans le rein et retrouvées par nous dans les deux organes. Ces dilatations peuvent arriver à former de véritables kystes.

Nous ne décrirons pas, dans chaque cas, les lésions que nous avons trouvées. Signalons cependant une des plus cu-

rieuses, qui se rattache au troisième cas que nous avons étudié :

Ce qui frappe dans cette préparation, c'est une dégénérescence particulière de l'épithélium d'un grand nombre de kystes. Ceux-ci sont tapissés par deux sortes de cellules, qui paraissent n'être que deux stades différents du développement des mêmes cellules. Elles se rencontrent dans le même kyste et dans des kystes séparés.

La première variété est formée par un épithélium cubique à gros noyau et à protoplasma abondant; la seconde variété par des cellules très volumineuses, cylindriques, à protoplasma légèrement granuleux. Leur extrémité centrale est souvent arrondie, quelquefois irrégulière. Le noyau, nettement coloré, très petit, est refoulé vers la membrane basale. En différents points, il existe plusieurs couches de cet épithélium et l'on voit l'extrémité centrale des cellules faire des saillies inégales dans la lumière du kyste. Ces cellules paraissent atteintes de dégénérescence spéciale, elles ressemblent beaucoup à certains épithéliums atypiques du cancer cylindrique.

Nous conclurons de l'étude que nous avons faite : les kystes ne sont pas comparables au point de vue anatomique. Certains cas ne présentent pas, en dehors de la formation kystique, des lésions assez accentuées pour qu'on puisse les rattacher à l'une ou l'autre des théories suivantes : certains auteurs ont vu de la sclérose tellement prononcée, qu'ils en ont fait une dégénérescence consécutive à la néphrite interstitielle. D'autres, au contraire, étant donnée la prolifération épithéliale des cas qu'ils ont observés, en font plutôt une affection d'origine épithéliale. A côté de ces cas, il en existe qui présentent certaines particularités ; ceux, par exemple, où l'on trouve des productions qui les rapprochent des adénomes ou des papillomes kystiques. Enfin, nous devons signaler des cas où les kystes se retrouvent dans d'autres organes, ce qui pose la question de la généralisation possible de cette affection.

Oligoamnios. Déformation de la tête fœtale. Paroi abdominale plissée en tout sens. Fistule urinaire ombilicale.

(In *Bulletin de la Soc. d'obst. de Paris*, séance du 21 février 1901.)

Il s'agit d'une femme présentant une quantité excessivement faible de liquide amniotique et dont l'enfant, de 2.450 grammes, né vivant, était porteur de particularités excessivement intéressantes au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

La paroi abdominale qui attire tout d'abord l'attention est plissée en tout sens. A sa partie inférieure, dans la région sus-pubienne il existe deux bourgeons saillants assez analogues à ceux que laisserait une cisatrisation vicieuse d'une plaie guérie par seconde intention, bourgeons réunis par un tractus d'aspect kéloïdien. On pourrait se demander si ce n'était pas là le résultat d'une cicatrisation d'une extrophie vésicale, guérie pendant la vie intra-utérine. L'ensemble de la paroi abdominale plissée est trop large, faisant supposer une distension énorme de l'abdomen pendant la vie intra-utérine.

Le cordon plonge dans cette paroi abdominale, il n'est pas engainé dans un manchon cutané, comme à l'état normal.

La face est asymétrique, il n'y a d'atrophie dans aucune de ses portions constituantes, mais elle est déformée et cette déformation qui siège à droite s'explique très bien par la pression de l'épaule droite sur la partie inférieure du maxillaire supérieur et de la mâchoire inférieure qui ont gardé leur épaisseur, mais qui sont déviées à gauche. On note de plus un aplatissement du fœtal gauche, il y a eu enserrement et compression de la tête entre la paroi utérine, d'une part, et l'épaule droite.

Quelques heures après la naissance, issue d'urine au niveau de l'ombilic. Constatation d'une imperforation de l'urèthre membraneux, située à 4 cent. 1/2 environ du méat urinaire.

Il y a eu très probablement, chez cet enfant, la suite des

phénomènes suivants : distension énorme de l'abdomen par rétention urinaire qui nous explique l'existence de l'oligoamnie, réapparition de la perméabilité complète de l'ouraque jusqu'à l'ombilic, formation de la fistule urinaire ombilicale, issue de l'urine dans l'œuf en petite quantité par la fistule parce que, d'après les observations antérieurement faites par M. Bar, il a dû exister une altération rénale produite par la dégénérescence kystique des reins subissant, dans la suite de la vie intra-utérine, une atrophie scléreuse,

La rate du nouveau-né au point de vue clinique.

(Th. inaug., Paris, 1897.)

Ce travail, fait sous les auspices de notre maître, M. le docteur Porak, comprend différents chapitres. Nous avons cherché tout d'abord à établir le poids de la rate chez un enfant né à terme, bien développé et de parents sains. Ce poids est de 10 grammes environ ; puis nous avons établi ses rapports chez l'enfant nouveau-né.

Dans un second chapitre, nous avons donné les méthodes de palpation de la rate à employer chez le nouveau-né.

Il n'est pas toujours facile de rechercher la rate. Deux conditions rendent cet examen très aisé : la première c'est qu'il faut la chercher au début de la vie de l'enfant, le jour ou dans les premiers jours qui suivent la naissance. A ce moment l'enfant résiste peu, ou résiste mal, sa paroi abdominale peut être déprimée sans provoquer chez lui des mouvements ou des cris. La deuxième condition est fournie par la position que l'on donne à l'enfant pour rechercher cet organe. Trois positions sont susceptibles d'être données :
1° On peut placer l'enfant sur le dos : le pouce de la main droite, qui embrasse la partie inférieure du thorax du côté gauche et le flanc gauche de l'enfant, est alors accolé à la dernière côte de l'enfant et déprime peu à peu la paroi abdominale. On a à lutter contre la résistance de la paroi abdominale tendue par le décubitus dorsal et par les efforts de l'enfant qui n'aime pas cette position.

La deuxième méthode consiste à placer l'enfant à quatre pattes, pour ainsi dire, sur le lit de la mère, la tête de l'enfant du côté du médecin. Ce n'est plus alors le pouce droit du médecin qui recherche la rate, c'est son index droit, répondant au plan antérieur du fœtus. L'index se met d'abord au contact des fausses côtes gauches de l'enfant et déprime de bas en haut la paroi abdominale du plan antérieur de l'enfant au plan postérieur, plus rapproché de l'opérateur. Si l'index ne rencontre aucune résistance, il se déplace un peu et refoule la paroi abdominale de l'enfant sous la dernière fausse côte. Il sent un petit organe, assez consistant, qu'il peut légèrement déplacer et qui est la rate.

La troisième méthode, la meilleure, car l'enfant se prête à votre examen lorsque vous l'employez, est celle qui consiste à coucher l'enfant sur son plan droit, la tête du côté de l'opérateur, et de le pelotonner dans cette situation sur lui-même. C'est une situation que l'enfant prend facilement sans se défendre. C'est celle qu'il avait dans l'utérus, il la garde sans faire de mouvements et sans réagir. Il suffit alors, pendant l'expiration de l'enfant, d'imprimer à l'index un mouvement de bas en haut, de la droite vers votre gauche, au niveau des fausses côtes gauches, pour rechercher la rate. Il ne faut pas confondre le rein avec la rate. Le rein est situé plus en arrière, aux côtés de la colonne lombaire.

La rate est sentie petite, c'est le cas où elle ne vient pas jusqu'aux fausses côtes et où l'on est forcé de remonter l'index sous la paroi thoracique pour aller la sentir. Dans les autres cas, la rate est plus ou moins volumineuse suivant son degré plus ou moins grand d'abaissement.

Il n'est donc pas difficile de se rendre compte du volume de la rate chez l'enfant nouveau-né; comme le disait Mérie, c'est facile et utile dans bien des cas, et surtout dans des cas douteux de syphilis. On la sent cependant, disons-le de suite, dans bien d'autres cas cliniques, mais elle ne présente pas alors d'excès de volume nettement appréciable par la palpation (mère albuminurique, cardiaque, mère bien portante).

Le poids et les lésions anatomiques de la rate peuvent-ils chez les fœtus macérés servir au diagnostic de syphilis ?

(*Bulletin de la Soc. d'obstétrique de Paris*, t. I, année 1898, pp. 161 et 281.)

Cette étude comprend deux parties : 1° *le poids de la rate peut-il servir chez les fœtus macérés au diagnostic de syphilis ?* 2° *les lésions anatomiques de la rate peuvent-elles servir chez les fœtus macérés au diagnostic de syphilis ?*

Le diagnostic de la syphilis du nouveau-né est souvent très délicat à faire dans les quelques jours qui suivent la naissance, et il faut souvent attendre quinze jours, trois semaines avant d'être amené à le faire, soit par l'insuffisance de la courbe de poids, soit par l'apparition, sur les téguments ou sur les muqueuses du nouveau-né, des manifestations typiques, soit par le volume et la résistance de certains organes abdominaux. Encore les résultats fournis par ce dernier examen doivent-ils être discutés,comme nous l'avons établi dans un travail antérieur.

Les difficultés sont encore plus grandes dans les cas de macération du fœtus, lorsqu'il n'existe pas de traces de syphilis chez les parents. Nous passons alors à l'étude du foie et de la rate chez le fœtus au point de leurs rapports avec le poids total du corps. Appelant R/C chez l'enfant sain le rapport de la rate au poids total du fœtus, nous voyons que ce rapport est R/C = 1/300 (Fleury), 1/208 (Frerichs) et pour Carl Ruge un nombre qui varie avec les poids des enfants. Ce serait :

			POUR C. RUGE	POUR NOUS
			—	—
Enfants au-dessous de	1.000	grammes.	1/605	1/505
—	2.000	—	1/400	1/333
—	2.500	—	1/350	1/324
Enfants au-dessus de	2.500	—	1/320	1/320

Chez les enfants macérés syphilitiques ces rapports sont les suivants :

		POUR C. RUGE	POUR NOUS
Enfants au-dessous de	1.000 grammes.	1/330	1/191
—	1.500 —	»	1/213
—	2.000 —	1/172	1/126
—	2.500 —	1/276	1/136
Enfants au-dessus de	2.500 —	1/124	1/150

Les conclusions que nous devons tirer de l'énumération de ces chiffres c'est que : 1° dans les cas de macération fœtale d'origine syphilitique le rapport du poidsde la rate au poids total du corps R/C est plus fort que ne l'a indiqué C. Ruge qui déclarait que lorsque R/C était de 1/170 l'enfant était syphilitique. R/C est un nombre variable qui est différent pour des poids différents de fœtus.

2° Il existe pour les macérés nés de mères albuminuriques un rapport R/C spécial, plus faible, différent de ce même rapport chez les macérés syphilitiques.

3° Lorsque l'on trouve un des rapports établis par nous plus haut, on doit admettre l'existence de la syphilis.

Enfin, on ne doit pas oublier qu'il y a des cas de syphilis dont l'intensité tue le fœtus avant qu'il se soit produit des modifications du poids et du volume de la rate.

II. — *Lésions anatomiques de la rate pouvant servir au diagnostic de la syphilis* : Cette étude est basée sur l'étude de l'anatomie pathologique de la rate d'enfants venus à terme et syphilitiques qui sert de terme de comparaison avec les cas de rates macérées.

Si nous voulons établir d'abord ces lésions, nous voyons que, dans deux cas sur trois, le tissu conjonctif a nettement proliféré, qu'il y a des agglomérations leucocytiques qui présentent les caractères morphologiques de petits nodules gommeux, sans en avoir, à notre avis, la signification. Les glomérules de Malpighi ou n'existent pas, ou sont chargés de tissu conjonctif.

L'examen de rates macérées syphilitiques avérées nous a permis de conclure que cette macération aboutit à une désorganisation absolue et rapide du tissu de la rate. Il est

impossible, dans la majorité des cas, d'y reconnaître des glomérules de Malpighi.

Les éléments lymphocytiques sont peu nombreux et ont perdu leurs caractères morphologiques et leur pouvoir absorbant du colorant. La destruction va jusqu'à altérer et rendre méconnaissables les parois des vaisseaux et on ne peut affirmer qu'une chose, c'est que, pour un temps de macération moyen, la destruction est portée à un point beaucoup plus élevé que dans les cas de macération d'origine non syphilitique : albuminurie, cause inconnue.

Conclusions : Après avoir passé en revue les différentes coupes de rates d'enfants mort-nés non syphilitiques, d'enfants mort-nés syphilitiques, de macérés syphilitiques et non syphilitiques (albuminurie et cause inconnue), pouvons-nous trouver, par cet examen, des raisons qui doivent nous faire dire syphilis dans des cas de macération que la clinique n'arrive pas à étiqueter ? Non.

L'anatomie pathologique de la rate, dans ces différents cas, est insuffisante à nous renseigner d'une façon absolue. Aussi ne devons-nous pas refuser les renseignements fournis par les pesées et le rapport des organes au poids total du corps du fœtus.

La pleurésie purulente de nouveau-né et du nourrisson.

(*L'Obstétrique*, 1900, n° 1, p. 7.)

La pleurésie purulente est une affection rare chez le nouveau-né et le nourrisson. Elle est plus fréquente que la pleurésie séro-sanguinolente et que la pleurésie sèche. Elle est causée 1° par l'infection puerpérale qui se manifeste primitivement par une broncho-pneumonie d'origine utérine, 2° par la tuberculose pulmonaire, 3° par l'infection sanguine généralisée d'origine intestinale, ombilicale, ou bronchique sans détermination pulmonaire.

Le pus occupe toujours la grande cavité pleurale. Mais la maladie n'a pas de tendance à se localiser, elle est trop courte

pour permettre aux fausses membranes de s'organiser et d'emprisonner une certaine quantité de liquide. On rencontre les fausses membranes surtout en avant, au voisinage du péricarde.

Le pus, jaune, verdâtre, crémeux dans quelques cas, très purulent dans d'autres, renferme, dans son épaisseur, des fausses membranes libres ou adhérentes par un point. Il ne présente pas d'odeur, sauf dans deux cas de Vogel où il était fétide. Sa quantité est variable, et ordinairement inférieure à 100 gr. chez les nourrissons de moins d'un mois ; elle peut être à un an de 100 à 500 gr.

Bactériologie.—Il a été trouvé, soit par les différents auteurs qui ont publié des observations, soit par nous, le streptocoque, le staphylocoque blanc et doré, le pneumocoque. Signalons enfin que, dans tous les cas, ces infections pleurales ont été des infections pures et que jusqu'ici et pour cet âge on n'a pas encore noté d'infections microbiennes mixtes.

Symptômes.— Le thorax est un peu plus dilaté d'un côté que de l'autre. Il y a du tirage sous-sternal avec participation dans quelques cas de la dépression de la partie inférieure du sternum. Rien de particulier à signaler à la percussion. L'auscultation permet de constater, suivant l'abondance de l'épanchement, soit la diminution seulement de la respiration, soit sa disparition totale. La respiration, si l'épanchement n'est pas trop considérable (Bricheteau, Bouchut) prend un caractère bronchique.

Quant au traitement, se rappeler que toute pleurésie non traitée tue l'enfant, car il ne faut pas s'attendre à cet âge à une vomique ou à l'établissement d'une fistule thoracique. On peut tenter une ponction; ne pas s'y attarder, à moins de présomption et de constatation de l'existence du pneumocoque dans le pus. Faire l'empyème dans le 6e ou 6e espace intercostal (Wagner), et y joindre (Péron) une résection costale pour faciliter l'écoulement. Se conduire au point de vue des lavages possibles comme dans les cas de pleurésie purulente de l'adulte.

Galactophorite chez la mère et le nouveau-né.

(*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1894, p. 99.)

Il s'agit d'un fait intéressant de contagion de la glande mammaire d'un nourrisson par sa mère. Celle-ci était atteinte de galactophorite et a provoqué, par contact, l'apparition d'une galactophorite chez son enfant. C'est là une pathogénie nécessaire dans le cas actuel, car l'enfant n'a jamais présenté de réaction générale ni de troubles gastro-intestinaux comme il aurait dû le faire si l'infection avait été générale, puis localisée aux glandes mammaires. Cette observation va donc contre les cas d'infection mammaire secondaire étudiés et connus depuis Karlinski.

Ce cas de galactophorite chez l'enfant fut traité par la méthode préconisée par le Pr Budin, par l'expression du sein. Si cette expression n'avait pas été faite, ou si elle l'avait été un peu tardivement, de la galactophoro-mastite serait apparue, tandis que, traitée à temps, la galactophorite de l'enfant se conduit comme celle de la mère, elle ne laisse pas de trace de son passage.

Oblitération complète du duodénum à l'union de la première et de la deuxième partie au-dessus de l'ampoule de Vater.

(*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1899, séance du 21 décembre, p. 392.)

Il s'agit d'une observation se rapportant à un enfant né à terme, mort le troisième jour et qui présentait la malformation ci-dessous. Voici quelle était la disposition de l'estomac et de l'intestin. L'estomac vu en place déborde d'un travers de doigt le bord antérieur du lobe gauche du foie. La masse de l'intestin grêle est en grande partie repoussée à droite : on est frappé par l'aspect vermiforme des anses intestinales qui sont petites, ratatinées, et ne paraissent pas contenir de gaz. L'estomac a la forme suivante : c'est un croissant dont les deux branches ont un aspect et des dimensions différentes. La branche gauche est cylindrique et descend presque

verticalement, parallèle à la colonne vertébrale. Elle mesure 7 centimètres de longueur sur 2,5 à 3 centimètres de largeur. Elle se continue avec la seconde branche par une coudure arrondie. Celle-ci est moins verticale, elle se porte en haut et un peu à droite, elle est moins longue, elle a 6 centimètres et est irrégulière dans sa configuration. Il existe à sa partie moyenne un rétrécissement très accusé qui permet de bien considérer deux parties : la partie rétrécie paraît par sa consistance et son épaisseur répondre au pylore, elle mesure 1 cm. 5 de large; la portion située à droite du pylore mesure 3 centimètres de large et le contenu stomacal passe sans peine de la poche gauche à la partie droite. Après incision de la paroi œsophagienne et cathétérisme de l'œsophage et de l'estomac, on reconnaît que l'étranglement signalé dans la forme de l'estomac est bien constitué par le pylore et que la seconde portion dilatée représente la première partie du duodénum. L'examen du côté intestinal montre que le duodénum contient de la bile et qu'il se termine lui aussi en cul-de-sac. Il n'existe aucun tractus, aucun cordon entre les deux culs-de-sac qui sont séparés par un espace de quelques millimètres, occupé par un tissu cellulaire à travers lequel la lumière passe très aisément.

Les cas d'oblitération absolue du duodénum, de division du duodénum en deux tronçons, un stomacal et un intestinal, sont très rares (Porak et Bernheim, Brindeau). Ils représentent le degré le plus élevé des malformations duodénales, qui peuvent être constituées par une diminution du calibre à leur degré le plus faible. A un degré plus élevé, on rencontre une sténose ne laissant plus passer qu'une sonde cannelée ou un stylet; à un degré plus élevé encore, la lumière du canal intestinal a complètement disparu et l'intestin est représenté à ce niveau par un cordon plein. Un pas de plus, nous arrivons à la séparation absolue des deux bouts intestinaux, ce qui est notre cas.

L'embryologie rend difficilement compte de ces oblitérations duodénales. M. Porak disait, en 1891, qu'elles pouvaient être produites par la pression d'une bride fibreuse qui finit

par amener la division du tube intestinal, et dont on ne retrouvait pas toujours de traces. Cette pathogénie ne peut être admise pour tous les cas : tel celui de Baron où l'oblitération ne siégeant que sur la muqueuse, les deux autres tuniques intestinales se continuaient sans interruption sur les deux bouts du duodénum. La syphilis (Froehlinger) peut être incriminée. Quelques auteurs ont admis encore l'hypertrophie localisée de la couche musculaire de l'intestin, la contraction spasmodique de cette portion hypertrophiée et la section de l'intestin, ou une ulcération évoluant et se cicatrisant pendant la vie intra-utérine.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.